

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 38

FACULTÉ DE MÉDECINE

LUXATION TRAPÉZO-MÉTACARPIENNE

EN ARRIÈRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Mai 1914

PAR

Roger NOUGARET

Né à Périgueux, le 8 mai 1887

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	FORGUE, professeur, <i>Président</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		DE ROUVILLE, professeur-adjoint.		
		RICHE, agrégé.		
		ETIENNE, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

LUXATION TRAPÉZO-MÉTACARPIENNE

EN ARRIÈRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 38

FACULTÉ DE MÉDECINE

LUXATION TRAPÉZO-MÉTACARPIENNE EN ARRIÈRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Mai 1914

PAR

Roger NOUGARET

Né à Périgueux, le 8 mai 1887

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ FORGUE, professeur, *Président*
DE ROUVILLE, professeur-adjoint.
RICHE, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

} *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*)	DOYEN.
SARDA.	ASSESEUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales	MM. N...
Clinique chirurgicale	TEDENAT (*)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (*)
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (*)
Clinique ophtalmologique	TRUC (O *)
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (*)
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (*)
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale	RAUZZO (*)
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), HAMELIN (*), GRASSET (O *)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, a. l. (ch. dec.)
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. RIMBAUD.
GRYNFELTT.	DERRIEN.	ROGER.
LAGRIFFOUL.	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	MASSABUAU.	LISBONNE.
GAUSSEL.	EUZIERE.	MARQUÈS, ch. des F.
RICHE.	J. DELMAS.	

Examineurs de la thèse ;

MM. FORGUE, professeur, président	MM. RICHE, agrégé.
DE ROUVILLE, professeur-adj.	ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE, A MON GRAND-PÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

R. NOUGARET.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE

R. NOUGARET.

LUXATION TRAPÉZO-MÉTACARPIENNE

EN ARRIÈRE

INTRODUCTION

De nombreux auteurs, avant nous, se sont occupés de la question que nous nous sommes proposé d'étudier : la luxation trapézo-métacarpienne.

Les deux observations que nous avons pu recueillir d'une façon complète, grâce à l'obligeance de M. le professeur Forgue, et celle que nous avons observée nous-même, vont venir s'ajouter aux quelques rares observations précises connues actuellement sur ce sujet.

La première de ces observations date de 1912, le malade n'a voulu suivre aucun traitement. Dans notre observation personnelle, le malade s'est contenté d'un traitement insignifiant et il nous a paru utile d'étudier l'état actuel de ces deux malades pour le comparer à celui du malade qui a fait l'objet d'une intervention sanglante. Ce malade a été opéré par M. le professeur Forgue et nous avons pu ainsi observer les lésions récentes produites par cette luxation.

Nous avons pu retrouver un grand nombre d'observa-

tions mentionnées jusqu'à aujourd'hui, nous sommes arrivé au chiffre de 40.

Une étude historique des auteurs qui se sont occupés de cette question fera l'objet d'un premier chapitre. Nous essaierons ensuite de décrire l'articulation trapézo-métacarpienne : ce chapitre est l'un des plus importants de ce travail ; nous l'avons écrit avec les enseignements tirés d'une série de dissections que nous avons pratiquées très minutieusement. Suivra l'étude clinique de la luxation.

Avant d'aborder le traitement, nous citerons les trois observations inédites qui sont la base de ce travail, dont deux sont dues à l'obligeance de M. le professeur Forgue. Quant aux autres observations publiées jusqu'à aujourd'hui nous ne saurions mieux faire que de citer la thèse très complète de M. Duplessis de Pouzilhac, soutenue en 1912 devant la Faculté de Montpellier, et les observations plus récentes de M. Reynaut, de Toulon, de M. Horand, de Lyon, et de M. L. Plisson, de Lyon.

HISTORIQUE

De nombreux auteurs ont publié des observations de luxation trapézo-métacarpienne en arrière: tous sont d'accord pour en signaler la rareté, pour en expliquer le mécanisme constant, en indiquer la réduction facile. Une grande divergence de vue apparaît au sujet des moyens de contention. Il nous a paru utile de faire un historique des différents moyens employés pour maintenir cette luxation réduite et de placer cet aperçu au début du chapitre du traitement de la luxation, chapitre dans lequel nous exposerons le traitement employé tout récemment par M. le professeur Forgue.

Les plus anciens auteurs signalent la luxation trapézo-métacarpienne. Celse, le premier, parle des « luxations possibles des os de la paume de la main en avant, et en arrière ». A. Paré, Verduc Laurent, Duverney admettent la possibilité de cette luxation en arrière. En 1772, Petit signale cette luxation, il la décrit et va même jusqu'à en distinguer quatre variétés. Manne, à Toulon, en 1789, en parle dans son *Traité des maladies des os*; Callusen, en 1800, insiste sur son pronostic fâcheux. Il faut arriver en 1803 pour qu'une étude sérieuse de cette luxation soit faite pour la première fois, par Boyer. Pour lui, la luxation en arrière, seule, existe, elle s'accompagne d'une déchirure de la capsule articulaire sur sa face dorsale, et la seule cause qui lui donne naissance est une cause indirecte agissant par

flexion exagérée du pouce. A la même époque, A. Cooper était en contradiction avec Boyer, niant l'existence des luxations en arrière et n'admettant que les luxations en avant. Bérard, dans son Dictionnaire, en fait une courte description. Malgaigne, dans son Traité des fractures et luxations, signale la luxation trapézo-métacarpienne et cite les observations de Michon, Demarquay et Bourguet.

Faucher et Guérin-Roze, en 1858, à la suite d'autopsies apportent une étude très approfondie des lésions articulaires. Pellerin en 1864, Carayon en 1872, dans leur thèse, Hamilton, dans son Traité des fractures et luxations, en constatent la rareté. Salètes et Gérard en 1885, Waton en 1888, dans leur thèse, ont fait une étude anatomique de l'articulation trapézo-carpo-métacarpienne.

Presque tous les chirurgiens du siècle dernier, MM. les professeurs Nélaton, Le Dentu, Duplay, Tillaux, consacrent dans leurs ouvrages, un article à ce sujet. Trouillet, dans le *Dauphiné Médical*, en 1894, apporte une observation. Carrette, Chancel, Arnal en 1905, l'ont étudiée dans leur thèse. Darny, en 1907, mentionne la coexistence de la luxation avec la fracture de Bennett.

En 1912, M. Regnault, professeur d'anatomie à l'Ecole navale de Toulon, présentait une intéressante observation, et, en 1913, apportait un cas nouveau, accompagné d'une étude très documentée sur la luxation trapézo-métacarpienne. A Montpellier, M. Duplessis de Pouzilhac, consacrait sa thèse à l'étude d'une observation nouvelle.

A Lyon, en 1913, M. Horand présentait, à la Société de médecine de Lyon, l'observation d'un malade atteint de luxation trapézo-métacarpienne avec plaie articulaire.

Tous ces faits rapportés jusqu'à aujourd'hui, forment un ensemble de quarante observations publiées et étudiées par les différents auteurs que nous avons signalés plus haut.

ANATOMIE NORMALE

L'étude anatomique de l'articulation trapézo-métacarpienne, nous a paru éminemment intéressante, car elle explique bien les faits pathologiques que nous aurons à décrire ultérieurement. Aussi avons-nous porté toute notre attention sur ce sujet: nous avons eu la bonne fortune de disséquer, ces derniers temps, six articulations et nous avons pu nous rendre un compte exact de la disposition anatomique de cette région.

1° ETUDE DESCRIPTIVE. — Nous commencerons à décrire l'articulation en elle-même et nous étudierons ensuite les rapports très utiles à connaître lorsqu'on veut intervenir opératoirement.

L'articulation trapézo-métacarpienne est une diarthrose par emboîtement réciproque; elle présente à étudier: des surfaces articulaires, des moyens d'union.

a) *Surfaces articulaires.*— Celles-ci sont alternativement concaves et convexes dans des sens opposés: la surface trapézienne est concave dans le sens transversal, et convexe dans le sens antéro-postérieur. L'extrémité du métacarpien au contraire est concave dans le sens antéro-postérieur et convexe dans le sens transversal.

Par la configuration des extrémités osseuses en contact, l'articulation diffère donc des autres articulations méta-

carpo-phalangiennes qui forment une seule articulation par l'union intime des os du carpe entr'eux et des métacarpiens.

Les surfaces articulaires sont recouvertes d'une mince couche de cartilage d'encroûtement.

Il faut noter un fait très important: tandis que la plupart des autres articulations par emboîtement réciproque, sont pourvues d'un ménisque interarticulaire, qui solidarise les deux os en se moulant sur leurs faces articulaires, l'articulation trapézo-métacarpienne, au contraire, ne possède pas de ménisque: circonstance utile à connaître, car elle explique bien des particularités.

b) *Les moyens d'union.* — Ce qui fait l'intérêt de ces derniers, c'est que les moyens directs, capsule et ligaments sont d'une extrême faiblesse.

La capsule articulaire forme un manchon fibreux qui unit les deux surfaces articulaires. Elle s'insère en haut, non loin de la limite du cartilage trapézien, mais en avant, on peut voir quelques-unes de ces fibres capsulaires se mêler aux trousseaux fibreux si complexes du massif carpien, se perdre dans les ligaments antérieurs du carpe et venir s'insérer sur le scaphoïde ou les os voisins. Cette capsule n'est pas homogène: elle est surtout nette en arrière où les fibres sont bien individualisées; en avant, elles sont moins apparentes et sur les côtés, elle se réduit à quelques fibres disséminées. En dehors, les fibres peuvent manquer et quand elles existent, elles sont si peu apparentes que Paulet considère la capsule comme interrompue au dehors. Donc, dans son ensemble, ce manchon capsulaire est peu puissant; les fibres elles-mêmes sont lâches et permettent l'écartement des surfaces articulaires, circonstance bien en rapport avec l'extrême mobilité de l'articulation comparée à celle des autres articulations carpo-métacarpiennes.

Il n'y a pas de faisceaux de renforcements de ce ligament capsulaire, en sorte que ces moyens d'union seraient bien précaires si les tendons des muscles voisins n'intervenaient pas à titre de ligaments accessoires et pour renforcer la capsule. En dehors, le tendon du long abducteur du pouce remplace les fibres capsulaires absentes : c'est un ligament très important, large de 5 à 6 millimètres, ce tendon est appliqué fortement contre l'interligne articulaire qu'il croise et constitue une attelle externe.

Les tendons, des long extenseur et court extenseur du pouce cheminent sur la face dorsale de l'articulation : ils participent peu aux moyens d'union de l'articulation (Girard). En avant et en dedans, les muscles thénariens, le tendon du long fléchisseur propre du pouce sont de pauvres moyens d'union.

c) La synoviale de l'articulation trapézo-métacarpienne est indépendante et ne communique pas avec l'appareil synovial des autres articulations carpo-métacarpiennes. Elle est très lâche comme la capsule qu'elle tapisse complètement.

2° ETUDE TOPOGRAPHIQUE. RAPPORTS. — Ils sont intéressants, surtout en arrière, à la face dorsale de la main, qui constitue la voie d'accès chirurgicale de l'articulation. C'est la région de la tabatière anatomique qui recouvre cette articulation. En allant de la peau vers les plans profonds, on trouve successivement : la peau et le tissu celluleux sous-cutané dans lequel cheminent quelques ramifications veineuses et des filets nerveux issus de la branche postérieure du radial, un double feuillet aponévrotique, les tendons du long abducteur du pouce, des court et long extenseurs. L'artère radiale est appliquée contre le plan osseux : elle chemine sur le côté interne de l'articulation et

on peut facilement l'intéresser si on n'y prend garde dans les interventions sur la région.

En dehors, la capsule est en rapport avec le long abducteur du pouce qui la renforce comme déjà nous l'avons vu. Enfin, en avant l'articulation entre en rapports avec la masse thénarienne et surtout avec le court fléchisseur propre du pouce.

3° ETUDE PHYSIOLOGIQUE. — Ainsi organisée, pourvue de surfaces articulaires à emboîtement, d'une capsule et d'une synoviale très lâche, il est de toute évidence que l'articulation va être dotée de mouvements amples et nombreux. Elle présente, en effet, la mobilité habituelle des diarthroses, la flexion, l'extension, l'abduction et l'adduction, la circumduction, elle permet l'opposition du pouce aux autres doigts de la main.

La flexion est encore un des mouvements les plus limités dans cette articulation à cause de la disposition des faces antérieures du trapèze et du premier métacarpien qui viennent buter l'une contre l'autre par leurs apophyses dans tout mouvement de flexion un peu prononcé.

C'est d'ailleurs l'exagération de tous ces mouvements normaux et de la flexion en particulier qui déterminent les luxations en arrière du métacarpien. Les détails anatomiques sus-indiqués montrent nettement pourquoi cette luxation, une fois réduite, est très difficile à maintenir réduite.

ETIOLOGIE ET MECANISME

La luxation trapézo-métacarpienne est plus fréquente chez l'homme que chez la femme et à la main droite qu'à la main gauche.

Elle se produit dans diverses circonstances que l'on peut classer comme il suit :

Par cause indirecte : il s'agit de violences exercées sur le pouce lui-même qui tendent à exagérer les mouvements normaux de l'articulation. L'expérimentation a montré que deux types de mouvements contraires produisent la luxation, tantôt c'est l'adduction et la flexion forcées, tantôt l'abduction et extension forcées.

Ces actions forcées sont réalisées dans certaines chutes sur le pouce, dans certains chocs ; dans plusieurs cas, l'action traumatique a été occasionnée en donnant un coup de poing, ce serait ainsi une luxation professionnelle des boxeurs : certains coups, par exemple le cross à la mâchoire favorisent la production de la luxation.

Par cause directe : une chute sur un corps anguleux, un choc sur la région thénarienne en rétropulsant en masse le métacarpien amèneraient la luxation par une simple translation en arrière des métacarpiens. C'est ce qui se produit chez les sculpteurs et graveurs : le manche du burin agit en repoussant en arrière directement le métacarpien.

Comment ces mouvements forcés produisent-ils le déplacement ?

Dans la flexion et adduction forcées, l'articulation s'ouvre en arrière et baille si le mouvement continue, l'apophyse métacarpienne glisse d'avant en arrière sur la surface trapézienne et arrive ainsi en arrière. Suivant l'intensité du traumatisme on a une luxation incomplète ou complète.

Dans l'extension et abduction forcées, l'articulation baille en avant, l'apophyse métacarpienne glisse en dedans de la surface métacarpienne; si le mouvement continue, cette apophyse décrit un crochet autour de la surface trapézienne et arrive bientôt en position postérieure. Ce mécanisme est rarement observé.

Dans presque toutes les luxations indirectes, il y a un mouvement de flexion et adduction forcées.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Elle se compose de notions peu précises à cause de l'extrême rareté des autopsies (Foucher, Gérin). Les lésions ont surtout été étudiées au cours des interventions chirurgicales (Lemaître, Arnal) et aussi sur les dissections de luxations produites expérimentalement sur le cadavre (Girard).

Nous ne tenons pas compte de la luxation en avant (un seul cas douteux, A Cooper), ni de la luxation en dehors exceptionnelle et d'ailleurs toujours incomplète (Chancel). Seule la luxation en arrière nous occupera.

Il faut distinguer les lésions produites suivant que la luxation est complète ou incomplète.

a) *Luxation incomplète.* — La surface métacarpienne n'a pas abandonné le contact du cartilage trapézien, mais le sommet de l'apophyse métacarpienne antérieure repose sur le versant postérieur de cette surface.

La capsule est intacte; sa laxité lui permet de subir l'écartement et la distension nécessaires.

Quant aux rapports articulaires, ils se sont modifiés: le tendon du long extenseur du pouce devient franchement externe et longe la face externe du métacarpien; l'artère radiale est déjetée en dedans, les tendons du long et court extenseurs restent postérieurs et sont tendus sur la tête métacarpienne, comme les cordes d'un violon sur un chevalet.

b) *Luxation complète.* — Ici les surfaces articulaires ont perdu tout contact et le métacarpien chevauche nettement le trapèze: l'apophyse antérieure du premier est en rapport avec la face postérieure du second. L'appareil ligamenteux est lésé d'une façon plus ou moins intense « la capsule rompue en avant est intacte en arrière » (Cahen). Dans le cas que nous avons vu opérer par M. le professeur Forgue, les lésions étaient telles que la dissection la plus attentive ne permit pas de repérer la moindre trace de capsule articulaire.

Les rapports périarticulaires ont subi les mêmes modifications que dans les luxations incomplètes: radiale en dedans, long abducteur en dehors, extenseurs du pouce tendus sur la tête métacarpienne.

Les lésions précitées expliquent mieux que toutes les considérations théoriques, par la destruction des moyens d'union, la difficulté à maintenir la bonne position après réduction de la luxation.

SYMPTOMATOLOGIE

Dans presque toutes les observations connues actuellement, on constate que le malade a ressenti une violente douleur au niveau de la partie supérieure de l'éminence thénar, et a perçu un craquement. Après l'accident, il y a le plus souvent impotence fonctionnelle de la main et malgré ce, le blessé a pu vaquer à ses occupations. On signale quelquefois du gonflement périarticulaire; nous ne l'avons pas observé.

Les symptômes différeront suivant qu'on aura affaire à une luxation trapézo-métacarpienne postérieure complète ou incomplète.

Luxation complète. — A l'inspection on verra à la partie postérieure de la tabatière anatomique une saillie, assez élevée; dans les trois cas que nous relatons, cette saillie formait un ressaut brusque de 1 centimètre et on n'avait plus cette courbure douce qui existe normalement entre le bord externe de la main et celui du poignet. Les deux mains étant placées de champ, le bord cubital en bas, alors que du côté sain le pouce est dans le prolongement du métacarpien, du côté malade le pouce semble être placé à l'extrémité du métacarpien comme la baïonnette au bout du canon d'un fusil.

La cavité de la tabatière anatomique est très accentuée, les tendons sont saillants et semblent tendus sur un cheva-

let. Le pouce et le métacarpien sont en légère abduction et un peu fléchis, le pouce est fortement accolé contre la face externe de l'index.

A la palpation, le malade ressent de la douleur ; quand on palpe l'articulation, cette douleur augmente si l'on essaye de faire fonctionner l'articulation. On sent la saillie dure de la tête du métacarpien qui surplombe la face dorsale du trapèze. Sous la pression, cette tête disparaît et le métacarpien est dans le prolongement du trapèze, et si on supprime la pression du doigt explorateur, la tête du métacarpien, telle une touche de piano, revient à sa position de luxation. On obtiendra les mêmes résultats en plaçant le pouce en extension et abduction forcées.

Les mouvements spontanés, très douloureux, ne sont pas effectués par le blessé. Les mouvements provoqués sont de peu d'étendue et l'extension forcée est impossible. Si on mesure la distance qui sépare l'extrémité inférieure de l'apophyse styloïde radiale, de l'extrémité inférieure du métacarpien, les deux mains étant placées de champ, bord cubital en bas, on constate du côté malade un raccourcissement de plusieurs centimètres par rapport au côté sain.

Luxation incomplète. — La saillie osseuse est moins volumineuse, les surfaces articulaires étant encore en contact, le raccourcissement du côté malade n'existe pas. Le pouce et le métacarpien sont en légère flexion et l'éminence thénar est aplatie. La flexion forcée augmente le déplacement et pourrait conduire à une luxation complète.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. COMPLICATIONS

Pour établir le diagnostic de luxation trapézo-métacarpienne, il suffira de s'en tenir aux principaux symptômes si caractéristiques de cette lésion: deux facteurs principaux, la déformation et l'attitude, serviront toujours de base.

La fracture de l'extrémité inférieure du radius, la luxation du pouce en arrière, sont deux lésions qu'on ne confondra pas avec la luxation trapézo-métacarpienne par suite de leur éloignement du siège de l'articulation qui nous intéresse.

Dans l'entorse du poignet, surtout quand il y aura du gonflement et un déplacement léger de la tête du premier métacarpien, la confusion sera possible: le diagnostic ne sera bien établi qu'après une bonne radiographie, ou quand, au bout de quelques jours l'œdème inflammatoire aura disparu.

Une confusion assez fréquente est celle qui est faite souvent entre une luxation et une fracture. Il est vrai que la radiographie ou un examen radioscopique nous fixeront à ce sujet. Mais, dans la fracture du col du métacarpien, nous sommes frappé par la saillie anguleuse que nous voyons à la base de la tabatière anatomique, au lieu de la saillie ronde, dure, lisse, de la luxation trapézo-métacarpienne. Dans la fracture, nous constatons en plus de la mobilité, de la crépitation. La mensuration fixera notre diagnostic.

Nous mesurerons la distance comprise entre l'articulation trapézo-métacarpienne et l'articulation métacarpo-phalangienne, toutes les fois où nous trouverons un métacarpien diminué de longueur du côté malade, nous penserons à la fracture.

Mais quelle sera la variété de la luxation? Les caractères symptomatiques de chaque lésion nous fixeront: dans la luxation incomplète, nous avons une petite saillie à l'extrémité postérieure du premier métacarpien, l'attitude de la main sera peu modifiée, la réduction est facile et on n'a pas de raccourcissement entre le fond de la tabatière anatomique et l'apophyse styloïde du radius.

Un gonflement, une attitude fléchie et la suppression, de même la gêne des mouvements du pouce, nous feront poser le diagnostic de luxation complète.

Pronostic. — La luxation complète est plus sérieuse par suite de la déchirure de la capsule articulaire, qui explique la difficulté du maintien de la réduction. La réduction est toujours très facile, pendant plusieurs jours même pendant plusieurs mois après sa production. On aura des récidives fréquentes par suite des difficultés de la contention.

Une luxation non réduite rendra la main douloureuse à la pression, les mouvements d'extension et d'opposition du pouce seront gênés; cependant on ne signale pas d'impotence totale de la main après une luxation non réduite.

En somme, le pronostic de la luxation trapézo-métacarpienne est bénin.

Complications. — D'après les observations recueillies jusqu'à aujourd'hui, les malades atteints de luxation trapézo-métacarpienne ont eu une reprise presque totale des mouvements de l'articulation, que la luxation ait été ou non réduite. Seuls les cas où intervention sanglante a eu

lieu se sont guéris sans récédive, ni arthrite, les sujets n'ayant plus eu aucune trace de la lésion après l'opération.

En même temps que le déplacement de la tête du premier métacarpien, on a signalé des fractures de cet os, des os voisins, des luxations des autres métacarpiens. Les contusions, la déchirure des ligaments, les plaies articulaires, sont des conséquences de la plus ou moins grande violence du traumatisme.

On aurait pu croire que les lésions de l'artère radiale, par suite de ses rapports avec l'articulation, devaient être fréquentes, le fait n'a jamais été vérifié.

Le seul accident possible existe dans les luxations complètes c'est un gonflement assez notable très souvent signalé par les auteurs.

L'arthrite consécutive est observée assez fréquemment, chaque changement de temps influe sur l'articulation lésée. Chez un de nos malades, qui du reste n'a voulu suivre aucun traitement efficace, existe une légère ankylose, qui a été signalée aussi par les auteurs.

TRAITEMENT

Le traitement de la luxation trapézo-métacarpienne en arrière, consiste à réduire la luxation, à la maintenir réduite en bonne position et après l'enlèvement de l'appareil de contention à réduire les mouvements de l'articulation.

Pour la réduction, nous envisagerons toujours les deux variétés de luxation.

Luxation incomplète. — On appuie directement sur la saillie osseuse qui reprend sa place normale à la moindre pression.

Luxation complète. — Un aide effectuant des tractions sur le pouce, le chirurgien prend le poignet du blessé entre ses deux mains et avec l'extrémité de ses deux pouces appuie de haut en bas sur la tête du métacarpien qui, par ces deux mouvements combinés, traction et pression, se trouve ramenée à sa place primitive et normale.

Souvent la luxation complète est irréductible, il y a lieu alors d'envisager la possibilité d'une intervention sanglante.

Mais, dans les deux variétés de luxation, dès que la pression exercée sur le métacarpien disparaît, soit d'elle-même, soit à la suite du moindre mouvement du métacarpien, la tête reprend sa place en luxation complète ou incomplète,

telle une touche de piano qui se relève dès que le doigt qui l'a abaissée est retiré.

Etant donnée cette facilité de récédive, qui existe seulement immédiatement après la réduction, mais qui existe aussi, longtemps, après même le maintien dans un appareil plâtré, comme l'ont constaté plusieurs auteurs, il est nécessaire d'user de moyens de contention assez énergiques.

Cependant, cette facilité de récédive ne doit pas être envisagée comme constante, car il existe des cas où la réduction est difficile.

Cette réduction est impossible dans les cas anciens en raison de l'organisation fibreuse qui s'est faite autour des surfaces de contact, en raison aussi du raccourcissement des muscles thénariens.

Si, à la luxation s'ajoute une fracture, on peut espérer réduire la luxation, mais il peut se faire que cette luxation devienne irréductible grâce à un nouveau déplacement du fragment osseux de la fracture, ou à une interposition musculaire ou tendineuse.

Un court exposé historique des différents moyens de contention proposés jusqu'à aujourd'hui, nous semble être à sa place ici.

Les premiers auteurs qui ont parlé de la luxation trapézo-métacarpienne insistent peu sur le maintien de cette luxation une fois réduite. Ils semblent s'être fiés sur le pronostic bénin de cette lésion, car presque tous préconisent l'usage de bandelettes nouées en huit sur le pouce, le croisement du huit devant se trouver au niveau de l'interligne articulaire trapézo-métacarpien. Aucune indication sur la position du pouce.

En 1885, une observation de Galites nous indique un premier moyen assez énergique. Après réduction il place le pouce en abduction et une plaque de zinc ouatée est posée

sur le métacarpien, le tout est maintenu autour du poignet par une bandelette, au bout de vingt jours l'appareil est enlevé, plusieurs séances de massage suivent qui permettent la reprise des mouvements articulaires. Quelques années plus tard, on préconise l'emploi d'une planchette palmaire et des tampons de coton au niveau de l'articulation, plus tard une mitaine plâtrée, qui est mal supportée.

D'autres auteurs ont employé une attelle radiale avec un tampon ouaté au niveau de l'articulation; d'autres, des compresses étant placées en épaisseur au niveau de l'articulation à l'aide de bandelettes, on les maintient et on place le pouce en hyperflexion dorsale.

Tous ces appareils tendent, en somme, à mettre le pouce en flexion forcée, à immobiliser l'articulation et à maintenir en place la tête du métacarpien. Ces moyens de contention sont laissés en place pendant une moyenne de 15 jours.

Après enlèvement, si la luxation reste bien réduite, les auteurs préconisent le massage, l'électricité, la réabduction du pouce.

Mais il arrive le plus souvent que, malgré la présence pendant de longs jours d'un appareil de contention, la luxation récidive et rende la profession du sujet impossible.

C'est alors qu'il faut envisager ou le port d'un appareil ou l'intervention sanglante.

Le port d'un appareil qui, maintenant l'articulation en place et lui laissant le libre jeu de tous ses mouvements, ne semble pas convenir à tous les sujets, et la profession du blessé interviendra, nous semble-t-il, pour une grosse part dans le choix de l'appareil ou de l'intervention. Nous avons trouvé, dans une observation récente de M. Horand, de Lyon, la mention d'un appareil. C'est M. le professeur Jaboulay qui avait préconisé cet appareil, le malade exerçait

la profession de chirurgien dentiste. L'appareil consistait en une plaque d'argent engainant le pouce, le métacarpien et maintenue à l'aide de lacs autour du poignet. Cet appareil, croyons-nous, était bien supporté par ce chirurgien-dentiste, mais n'aurait été qu'une gêne pour nos trois blessés qui exerçaient les professions respectives d'ouvrier agricole, d'ouvrier cimenteur, et de boxeur.

Dans une de nos observations, nous n'avons eu ni intervention sanglante ni appareil. On pourra constater que, malgré une grosse déformation de la main, malgré une légère impotence, le malade peut se livrer à ses travaux agricoles.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'un boxeur, le port d'un appareil rigide articulé l'aurait gêné et lui aurait interdit à tout jamais l'exercice de sa profession. Aussi a-t-il renoncé à tout moyen de contention rigide et se contente-t-il avant d'entrer sur le ring de s'enrouler la main malade avec une bande de crêpe en ayant soin de faire des croisés au niveau de sa luxation. Il peut ainsi soutenir un combat de boxe avec un poing qui lui paraît plus solide que l'autre.

De cette diversité d'opinions il résulte que la luxation trapézo-métacarpienne déroute par sa rareté et que, souvent les malades, pouvant se servir de leur main, croient leur lésion peu importante et se contentent d'un à peu près fonctionnel qui est loin d'être satisfaisant.

Cependant, un traitement chirurgical pourrait améliorer beaucoup le pronostic fonctionnel de cette lésion.

En 1905, Arnal, dans sa thèse, a eu surtout en vue l'intervention sanglante dans la luxation trapézo-métacarpienne. Ouverture large de la région, réduction et suture trapézo-métacarpienne au fil d'argent.

Les mouvements de l'articulation trapézo-métacarpienne

qui s'ankylose, sont compensés par les mouvements qui se créeraient dans l'articulation trapézo-scaphoïdale. Mais un pouce dans un tel état ne sera pas d'une grande utilité au sujet.

D'autres auteurs ont préconisé la capsulorrhaphie? Certes, c'est un moyen idéal, car le pouce conserve ainsi toute sa mobilité. Mais la capsulorrhaphie doit être suivie du port continu d'un appareil externe, car la capsule après la luxation est ou déclinée ou étirée. Pour le premier cas, les lambeaux sont très difficilement coaptés, dans le second cas après les tiraillements subis pendant la luxation, la capsule déjà mince se trouve encore diminuée d'épaisseur et beaucoup moins résistante.

Il sera utile souvent de faire la réduction sanglante, opération toujours possible mais qui ne donnera pas souvent de bons résultats, il faudra faire alors une résection et de nombreux auteurs ont fait porter leur résection sur la tête du métacarpien. Nous tenons à signaler le procédé préconisé par M. L. Plisson, la résection totale du trapèze tendant à remplacer ainsi la résection de la tête du métacarpien, procédé qui reste encore à l'étude, M. Plisson ne l'ayant expérimenté que sur le cadavre.

M. le professeur Forgue s'était proposé de faire une capsulorrhaphie mais devant le peu de solidité des lambeaux de la capsule déclinée, il a renoncé à cette opération et s'est contenté d'effectuer, après réduction sanglante, la réunion des plans recouvrant l'articulation. La lésion est restée placée dans un plâtre, pendant quinze jours.

OBSERVATIONS

Etant donné que de nombreux auteurs ont traité la question avant nous, que nous ne voulons pas nous exposer à des redites, nous ne citerons pas toutes les observations publiées jusqu'à aujourd'hui. On ne saurait mieux faire que de se référer à ce sujet au dernier ouvrage paru, qui a fait l'objet de la thèse soutenue devant la Faculté de Montpellier, en 1912, par M. Duplessis de Pouzilhac, au *Bulletin de la Société de médecine de Lyon* qui donne, en détail, l'observation publiée par M. R. Horand en 1913, et au *Bulletin de la Société de chirurgie* où, en 1913, aussi dans un rapport de M. E. Pathecot, il est fait mention d'un travail de M. Regnault, de Toulon, sur un nouveau cas de luxation trapézo-métacarpienne, et à l'article publié dans *Le Lyon Chirurgical* tout dernièrement par le docteur L. Plisson.

Nous ne citerons que les deux observations dues à l'obligeance de M. le professeur Forgue, et une observation personnelle. Ces observations nouvelles portent au chiffre de 45, les cas étudiés et signalés jusqu'à aujourd'hui; nous n'entendons par là que les cas de luxations complètes ou subluxations de l'articulation trapézo-métacarpienne sans autre lésion.

OBSERVATION PREMIÈRE

(Personnelle)

Dans un combat d'entraînement, un boxeur professionnel s'est fait, en 1913, une luxation trapézo-métacarpienne à la main droite. A l'entraînement, les boxeurs portent des gants plus minces que dans les combats, aussi leur poing est-il fermé comme celui de tout le monde, c'est-à-dire les doigts fléchis sur la paume de la main recouvrant le pouce lui-même fléchi. C'est en portant un cross que cette luxation s'est produite : pour porter ce coup de poing spécial, il faut que le poing atteigne par son bord radial le maxillaire inférieur. On s'explique facilement le mécanisme de cette luxation, le pouce étant en flexion, le choc a exagéré cette flexion produisant ainsi le baillement de l'articulation trapézo-métacarpienne. Le blessé a ressenti, au moment de l'accident, une vive douleur au niveau du pouce ; après l'enlèvement du gant, nous avons constaté, au niveau de la tabatière anatomique, dans sa région inférieure, une saillie douloureuse à la pression, surélevée de 1 centimètre au-dessus du trapèze. Le pouce était accolé à la face externe de l'index et n'était plus dans le prolongement du bord radial du poignet comme du côté sain. Les mouvements forcés étaient très douloureux. Après quelques essais de mobilisation, la luxation s'est réduite sans aucun effort de notre part. Immédiatement, nous avons placé un bandage de crêpe en 8, le croisé du 8 venant se faire au niveau de l'interligne articulaire. Sur la face palmaire nous avons placé une planchette. L'ensemble de cet appareil provisoire était maintenu par un bandage du poignet et de la main. Nous avons conseillé au blessé de se faire confectionner, après radiographie, un appareil plus solide, soit un plâtre soit

un appareil en sylicate. Le blessé n'a voulu rien faire, a conservé cet appareil provisoire pendant vingt jours, et au bout de vingt jours, a repris son entraînement. La luxation se reproduisit dès qu'il eut enlevé son bandage. Aussi encore actuellement, le boxeur a-t-il soin, avant chaque combat de s'envelopper l'articulation de bandelettes de diachylon qu'il dispose en 8, le tout maintenu par une bande de crêpe, et par dessus ce pansement, il met son gant de boxe.

Actuellement, nous avons eu la bonne fortune de revoir notre blessé qui se sert de son poing comme avant. La luxation, dès que la main n'est pas bandée, se reproduit et au moindre changement de temps, le blessé accuse un peu de douleur au niveau de l'articulation.

OBSERVATION II

(Prise dans le service de M. le professeur Forgue)

M. P..., âgé de 42 ans, cultivateur à Cournonterral.

Dans une discussion, le malade donne un violent coup de poing à son interlocuteur et ressent immédiatement une vive douleur à la main gauche. Peu de temps après la rixe, le malade ne peut plus se servir de sa main, l'articulation trapézo-métacarpienne est enflée et le pouce n'est plus mobilisable.

Le malade vient alors consulter M. le professeur Forgue.

A l'examen, on constate que les deux mains étant placées de champ, le bord radial en haut, la tabatière anatomique présente une excavation anormale; à la partie inférieure, on voit une saillie qui forme une sorte de marche d'escalier: c'est la tête du métacarpien. L'éminence thénar est très accentuée et proéminente.

A la palpation, cette saillie est douloureuse et non mobi-

lisable. Elle s'élève à un centimètre au-dessus du plan de la face dorsale du trapèze. Si nous mesurons de part et d'autre la distance qui sépare l'apophyse styloïde du radius, de l'extrémité inférieure du premier métacarpien, nous constatons que du côté malade existe un raccourcissement de 2 centimètres.

Les mouvements du pouce sont abolis. Une radiographie est prise de la lésion, la main reposant à plat sur sa face palmaire. A l'examen, on constate très nettement un chevauchement de la tête du premier métacarpien sur le trapèze, chevauchement qui mesure près de 2 centimètres. Le premier métacarpien est en hyperextension.

On propose au malade une intervention pour réduire cette luxation. Le malade refuse.

Nous revoyons le malade un an après et nous constatons que toutes les déformations persistent: les mouvements du pouce ont été en partie récupérés, seuls les mouvements d'extension et d'opposition sont impossibles.

Le malade se sert actuellement de sa main, mais aux variations de température, il ressent quelques douleurs articulaires.

Le malade s'est refusé à tout traitement et prétend s'être accommodé de sa luxation non réduite.

OBSERVATION III

(Inédite)

Prise dans le service de M. le professeur Forgue

M. F., âgé de 26 ans, employé dans une usine de verdet.

En chargeant sur la tête une corbeille de verdet de 70 kilogs, il tenait cette corbeille à bout de bras en la posant sur la tête, cette corbeille a glissé sur la main gauche. Le malade a ressenti sur le moment une violente douleur au

niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne. Après ce choc, il y a eu impossibilité absolue pour ce malade d'effectuer les mouvements du pouce. F... arrive à l'Hôpital quelques jours à peine après son accident.

A l'examen de la main blessée, on est frappé par la position du pouce : le pouce est collé à l'index et plié en position fixe d'adduction. On voit que la tabatière anatomique se présente comme une excavation profonde de 1 centimètre, bordée : vers le bord radial par les tendons du long abducteur et du court extenseur ; vers le bord cubital, par les tendons du long extenseur qui sont tendus comme les cordes d'un violon sur le chevalet ; en bas, par le relief anormal de l'extrémité supérieure du premier métacarpien. Les deux mains, placées de champ, bord cubital en bas, on voit l'éminence thénar former une saillie anormale du côté malade. Le pouce et le premier métacarpien apparaissent placés à l'extrémité du poignet du côté malade comme une baïonnette au bout du canon du fusil.

La palpation confirme la profonde cavité de la tabatière anatomique, la saillie anormale est due au déplacement de l'extrémité supérieure du premier métacarpien, cette saillie surplombe de 1 centimètre le plan dorsal du trapèze.

La mensuration montre que, du côté sain, la distance entre la styloïde radiale et l'extrémité inférieure du premier métacarpien est de 8 centimètres, tandis que, du côté malade, on a 6,5 ; on a donc un raccourcissement de 1 cent. 5.

Au point de vue fonctionnel les mouvements gênés sont ceux d'abduction et surtout d'extension du pouce.

Pendant cet examen on constate de la douleur dans les tentatives de mouvements du pouce.

En saisissant le pouce avec les doigts de la main gauche et en pressant sur la tête du métacarpien, on peut réduire partiellement la luxation, mais si on enlève le doigt

qui pèse sur la tête du métacarpien, telle une touche de piano, le métacarpien revient sur le plan dorsal du trapèze.

Devant cette facilité de récédive, les douleurs occasionnées par les mouvements du pouce et l'impotence fonctionnelle assez marquée de la main malade, on propose au blessé une intervention sanglante, après examen radiographique.

A l'examen de la plaque radiographique, on constate un raccourcissement de 1 centim. 5 sur la distance qui sépare l'extrémité supérieure du premier métacarpien et l'apophyse styloïde radiale du côté malade par rapport au côté sain. La radiographie a été prise les deux mains étant placées de champ, face palmaire droite contre face palmaire gauche, le bord radial en haut. Très nettement, le pouce est en position d'hyperextension par suite de la subluxation de la tête du métacarpien sur la face dorsale du trapèze.

M. le professeur Forgue avait pensé à effectuer la réunion des lambeaux de la capsule; mais, après la mise à nu de la lésion, M. le professeur Forgue, devant le peu de résistance des lambeaux de la capsule, a dû renoncer à faire une capsulorrhaphie.

Après anesthésie locale, on fait une incision de 5 centimètres allant à 3 centimètres au-dessous de l'articulation trapézo-métacarpienne et 2 centimètres au-dessus; l'incision est faite, suivant une ligne partant de l'extrémité de la styloïde radiale et allant passer par le milieu de l'interligne articulaire trapézo-métacarpien.

On récline en dedans et en dehors les tendons et après dissection des plans successifs on arrive sur l'interligne articulaire. La capsule n'existe plus, on arrive de suite sur les surfaces osseuses du métacarpien et du trapèze.

On incise alors en dedans et en dehors les parties latérales de la capsule. Un aide, mettant le pouce en extension,

on réduit complètement la luxation, comme moyen de contention on s'est contenté de rétablir les plans successifs qui recouvraient l'articulation par des sutures au catgut. La peau est suturée aux crins de Florence. Après pansement sec on immobilise dans un plâtre. On confectionne une mitaine et on maintient le pouce en hyperextension par une cravate qui, prenant le pouce par sa face palmaire vient se fixer au niveau du poignet.

On déprime fortement le plâtre avant sa dessiccation au niveau de l'interligne articulaire.

Le malade est laissé ainsi porteur de l'appareil, le bras mis en écharpe pendant quinze jours.

Au bout de ce temps on enlève l'appareil plâtré, on effectue des massages et 10 jours après l'enlèvement du plâtre, le malade, ayant récupéré la totalité des mouvements du pouce, sans récurrence de la luxation, sort de l'hôpital.

CONCLUSIONS

I. Par la configuration spéciale de ses surfaces articulaires, par la faiblesse de ses moyens d'union, l'articulation trapézo-métacarpienne peut présenter des luxations intéressantes au point de vue clinique et thérapeutique.

II. Ces luxations sont très rares; elles se produisent presque toujours en arrière, suivant leur degré de déplacement, elles sont dites complètes ou incomplètes.

III. Leur diagnostic est généralement facile. Leur pronostic est bénin.

IV. Leur thérapeutique est caractérisée par ce fait que, faciles à réduire elles sont extrêmement difficiles à maintenir réduites. D'où la variété des procédés proposés pour réaliser la contention. Dans nombre de cas, l'intervention sanglante est nécessaire si l'on veut obtenir des résultats fonctionnels satisfaisants.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDREWS-EDIN. — Encyclopédie interne de chirurgie, Paris, 1885.
- ANNEQUIN. — Dauphiné Médical, 1894.
- ARNAL. — Thèse Paris, 1905.
- BÉGUIN. — Nouveaux éléments de chirurgie et de médecine opératoire, Paris, 1838.
- BÉRARD. — Gazette des Hôpitaux, Paris, 1845.
- BENNETT. — Brist. Medical Journal, juillet 1886.
- BLUM. — Chirurgie de la main, Paris, 1882.
- BOYER. — Traité des maladies chirurgicales, IV^e édition, Paris, 1831.
- BOGER (Le citoyen). — Leçons sur les maladies des os. Paris, 1803.
- BOURGUET. — Revue médico-chirurgicale, 1853.
- CAHIER. — Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet, t. III.
- CARAYON. — Thèse de Paris, 1872.
- CARETTE. — Thèse de Paris, 1894.
- CHANCEL. — Thèse de Paris, 1904.
- COOPER (A.). — Traduction de Chassaignac et Rubelot, Paris, 1897.
- COOPER (S.). — Dictionnaire de chir. prat., Paris, 1826.
- DEMARQUAY. — Bulletin Soc. de chirurgie, Paris, 1851-52.
- M. VERNY. — Traité maladie des os, 1751.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie.

- DARNY. — Thèse Paris, 1907.
- DUPLESSIS DE POUZILHAC. — Thèse Montpellier, 1912.
- FOLLIN (E.) et DUPLAY. — Pathologie externe, Paris 1869.
- FORAND. — Lyon Médical, 1913.
- FOUCHER. — Diagnostic des maladies chirurgie., 1866-69.
— Bulletin Société anatomique, 1856.
- GILETTE. — Clinique chirurgicale des hôpitaux, Paris, 1877.
- GIRARD. — Thèse de Paris, 1885.
- GUÉRIN-ROZE. — Bulletin Société anatomique, 1858.
- GOSSELIN. — Leçons cliniques, 1870.
- HAMILTON. — Fractures et luxations, 1884.
- KÖENIG. — Traduction de Comte, Paris, 1890.
- LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie.
— Dictionnaire, article: main.
- MANNE. — Traité élémentaire, mal. des os. Toulon, 1789.
- MALGAIGNE. — Traité fract. et luxations, Paris, 1855.
- MICHON. — Bulletin Société chirurgie, Paris, 1848.
- NÉLATON. — Eléments pathologie chirurgicale, Paris 1874.
- PELLÉRIER. — Thèse Paris, 1864.
- PETIT (J.-L.). — Traité maladie des os, 1872.
- PLISSON (L.). — Lyon Chirurgical, 1914.
- POIRIER. — Anatomie descriptive.
- POLAILLON. — Dictionnaire, article: main.
- PRITCHARD. — Brist. Médical Journal, 1900.
- REGNAULT. — Bulletin Société chirurgie, Paris 1912.
— Bulletin Société chirurgie, Paris 1913.
- RENÉ. — Luxations rares. Gazette Hôpitaux, 1882.
- ROCE (W.). — Chirurgie anatomique, 2^e édition française,
Paris, 1872.
- SAUREL. — Traité chirurgie navale, Paris 1861.

SOUBEYRAN. — Revue d'orthopédie, 1912.

TESTUT. — Anat. descriptive.

TESTUT et JACOB. — Anat. topographique.

TILLAUX. — Anatomie topographique.

— Chirurgie clinique.

VERDUC (Laurent). — La manière de guérir par le moyen
des bandages, fractures et luxations qui arrivent
au corps humain.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 8 mai 1914
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 8 mai 1914.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leur enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
